

ФОРМА МЕДОБСЛЕДОВАНИЯ И РАЗРЕШЕНИЯ на Вакцину против гриппа

(пересмотрено 8 Сентября 2010)

Пожалуйста, ответьте на следующие вопросы о человеке, который должен быть вакцинирован. Эта информация позволит нам идентифицировать людей, которые могут быть вакцинированы в программе иммунизации школы.

Имя: _____ Дата рождения: _____ Возраст: _____

Адрес: Улица: _____ Город: _____ Телефон: _____

Класс: _____ Педагог: _____

- | | <u>ДА</u> | <u>НЕТ</u> |
|---|-----------|------------|
| 1) Если у вакцинированного аллергия на яйца, курицу, гентамицин, желатин или аргинин? | ___ | ___ |
| 2) Была ли когда-либо серьезная реакция после предыдущей вакцинации? | ___ | ___ |
| 3) Был ли когда-либо Синдром Гулиана- Барре (Guillain-Barre Syndrome) ? | ___ | ___ |

Если вы ответили *ДА* на любой из вышеуказанных вопросов, то человек не может получить вакцину против гриппа по программе иммунизации школы. Пожалуйста, вместо этого обратитесь к своему лечащему врачу.

4) Есть ли у вакцинированного астма, диабет, болезни легких, сердца, почек, крови, иммунодефицита, или принимает ли аспирин и иммуносупрессивную терапию ?

5) Был ли индивидуум вакцинирован в течении последних 4 недель? Если да, дата и тип вакцины

6) У вакцинированного ослабленная иммунная система? Или был он/она в тесном контакте с кем-то, чья иммунная система ослаблена (например, СПИД, рак) или принимает ли препараты, такие как стероиды, используемые при лечении рака?

7) Данное лицо беременно или кормит грудью?

8) Данное лицо имеет страховку Мэнкэр(Медикайт) MaineCare (Medicaid)?

9) Данное лицо Американский Индеец или из коренных жителей Аляски?

10) Данное лицо имеет неполную страховку (имеет страховку, которая не покрывает вакцину против гриппа)?

11) Данное лицо ни имеет страховку?

12a) Лечащий Врач _____

12b) Телефон врача _____

13) Название медицинской страховой компании (если таковая имеется) и идентификационный номер: _____

	<u>ДА</u>	<u>НЕТ</u>
14) Я разрешаю запись этой иммунизации использовать для выставления счетов либо Мэнкэр (MaineCare) либо частной страховой компании для покрытия расходов на вакцины, и я согласен, чтобы эта информация была введена в ImmPact2, который будет доступен лечащему врачу	___	___

15) Я подтверждаю, что получил копию информационной декларации вакцины против гриппа 2010 года, а также что я прочел её или её мне объяснили. Я понимаю, выгоды и риски вакцины против гриппа в 2010 года, и я прошу, чтобы эта вакцина была предоставлена данному лицу. Я понимаю, что, подписав ниже, я даю согласие, или от своего имени или от имени моего ребенка /подопечного или обоих, чтобы получить наиболее подходящую вакцину, которая определяется врачом администрирующим вакцинацию.

X _____
Подпись лица, который должен быть вакцинирован, или подпись родителя или опекуна, если это лицо является несовершеннолетним. Имя родителя или законного опекуна : _____ Дата: _____

Для Служебного Пользования:

Дата	Дозы	Вакцина	Производитель Вакцины	Номер Партии	Объём Дозы	Подпись и Должность, дающего вакцину в школе	Сторона тела	Способ введения
------	------	---------	-----------------------	--------------	------------	--	--------------	-----------------

							<input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> intrasale
--	--	--	--	--	--	--	---